

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Achille Paul GIBRAT

Né le 12 Septembre 1912 à Camburat (Lot)

**Contribution à l'étude clinique
des arthrites gonococciques pendant la grossesse
et les suites de couches
et en particulier de la coxite**

Président: LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

—
1939

518

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Achille Paul GIBRAT

Né le 12 Septembre 1912 à Camburat (Lot)

**Contribution à l'étude clinique
des arthrites gonococciques pendant la grossesse
et les suites de couches
et en particulier de la coxite**

Président: LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD . . . Histologie.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL . . . Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . Pathologie médicale.
 HALPHEN . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON . . . Hygiène.
 LACOMME . . . Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY . . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX . . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN . . . Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH . . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER . . . Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ . . Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . . Obstétrique.

VI. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT . . .	
CHABROL		GATELLIER. ..	
DONZELOT . . .		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

en faible gage de reconnaissante affection.

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique des Maladies mentales
et des Maladies de l'encéphale

Officier de la Légion d'Honneur

*qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse,
en respectueux hommage de notre
inaltérable reconnaissance.*

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur agrégé H. VIGNES
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Accoucheur des Hôpitaux de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

*qui nous a inspiré ce travail et nous a
aidé de ses précieux conseils, en faible
témoignage de notre respectueuse gra-
titude et de notre admiration.*

Avant de partir sous les drapeaux, en ce moment où la guerre interrompt notre travail et brise tant de liens, nous tenons à adresser, à tous nos Maîtres, l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

Dans les Hôpitaux de Toulouse :

Monsieur le Professeur CESTAN (*in memoriam*).

Monsieur le Professeur MERIEL.

Dans les Hôpitaux de Paris :

Stage

Monsieur le Docteur H. DUFOUR.

Monsieur le Professeur agrégé Ans. SCHWARTZ.

Externat

Monsieur le Docteur A. MARTIN.

Monsieur le Professeur M. LAIGNEL-LAVASTINE.

Monsieur le Docteur R. BERNARD.

Monsieur le Docteur A. ESCALIER.

Monsieur le Professeur agrégé H. VIGNES.

Monsieur le Docteur P. HALBRON.

Monsieur le Docteur M. OMBREDANNE.

A l'Hôpital N.D. de Bon-Secours de Paris :

Internat

Monsieur le Docteur DU CASTEL.

Monsieur le Docteur CHAVANY.

DES ARTHRITES GONOCOCCIQUES

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le Service de notre Maître, Monsieur le Professeur agrégé H. Vignes, un cas de coxite apparu très précocement et très brusquement après l'accouchement, évoluant de façon bénigne et rapide, et pour lequel notre Maître a cru pouvoir faire le diagnostic de coxite gonococcique. Il nous avait indiqué cette observation comme pouvant être le point de départ d'une thèse, et ce sont les premiers éléments recueillis que nous avons voulu grouper, regrettant que les tragiques circonstances actuelles ne nous permettent pas de compléter ce travail.

*
**

Ces faits d'arthrite gonococcique, au cours de la puerpéralité sont-ils fréquents? C'est difficile à dire, de même qu'il est difficile de savoir, comme le remarque Monsieur le Professeur Mondor, dans son remarquable ouvrage¹, la fréquence des arthrites par rapport au chiffre total des blennoragies.

En ce qui concerne la grossesse, on a dit qu'elle favorisait l'apparition de l'arthrite gonococcique, « mais, dit H. VIGNES, il ne semble pas que nous voyions, avec une grande fréquence, de tels accidents² ». Certes, presque tous les traités d'obstétrique classiques, dans les divers pays, parlent des arthrites gonococciques pendant la grossesse et les suites de couches, mais il y a peu d'observations publiées. Si l'on réfléchit au nombre immense des gonococcies féminines, on est frappé de la rareté des cas qui ont été étudiés pendant la grossesse et pendant les suites de couches. Nous avons fait un relevé de vingt-trois

1. *Mondor* : Les arthrites gonococciques. 1928, p. 19, Paris, Masson, édit.

2. *H. Vignes* : Maladies des femmes enceintes. 1937, t.I V, p. 73, Paris, Masson, édit.

arthrites blennoragiques au cours de l'état puerpéral, relevé forcément incomplet, étant données les circonstances où nous avons travaillé (la bibliothèque de la Faculté étant ouverte trop peu de temps, par suite de la mobilisation et de l'état de guerre, pour nous permettre de terminer la bibliographie complète que nous aurions souhaitée).

Observation I. — *Macdonald* : Latent Gonorrhea with special relation to the puerperal state. *Edimb med. Journal*, juin 1873, vol. XVIII, p. 1086.

Observation II. — *Kroenig* : Gonorrhée dans les suites de couches. — *Centralbl. f. Gynäk*, 23 janvier 1893, N° 8.

Observation III. — *Bar* : Du rhumatisme blennorragique et de la puerpéralité. — *Presse Médicale*, 28 novembre 1895.

Observation IV. — *Bar* : *Ibidem*.

Observation V. — *Burr* : Gonorrhea in the puerperium. — *J. Am. Méd. Ass.*, 1^{er} août 1896, vol. 27, p. 236.

Observation VI. — *Burr* : *Ibidem*.

Observation VII. — *Lefour et Fieux* : Arthrite blennorragique et puerpéralité. — *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 1896, N° 24, p. 280.

Observation VIII. — *Begouin* : Deux cas d'arthrite blennorragique de la grossesse. — *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 28 novembre 1897, p. 569.

Observation IX. — *Begouin* : *Ibidem*.

Observation X. — *Begouin* : Du pseudo rhumatisme puerpéral. — *Annales de gynécologie*, janvier 1898.

Observation XI. — *Cumston* : Gonorrhée et puerpérium. — *Am. Journal of Ostetrics*, octobre 1899, p. 433.

Observation XII. — *Lop* : *Gazette des Hôpitaux*, 1903, N° 98.

Observation XIII. — *Mosny et Beaufume* : Polyarthrite puerpérale de nature gonococcique. — *Tribune médicale* du 24 décembre 1904.

Observation XIV. — *Première observation de J. Martin*, thèse Paris, 1908, p. 59.

Observation XV. — *Deuxième observation de J. Martin*, thèse Paris, 1908, p. 53.

Observation XVI. — *Treizième observation de Dujol*, thèse Lyon, 1913, p. 203.

Observation XVII. — *Seizième observation de Dujol*, thèse Lyon, 1913, p. 209.

Observation XVIII. — *Treizième observation de Pousin*, thèse Paris, 1938, p. 52.

Observation XIX — *Doleris*, cité par le Professeur Mondor in « *Les Arthrites gonococciques* », p. 178.

Observation XX. — *Nathan-Larrier*, cité par le Professeur Mondor, in « *Les Arthrites gonococciques* », p. 179.

Observation XXI. — *Robert Ducroquet*, cité par le Professeur Mondor, in « *Les Arthrites gonococciques* », p. 179.

Observation XXII. — *H. Mondor* : « *Les arthrites gonococciques* », p. 218.

Observation XXIII. — *Vignes et Gibrat* : inédite, voir p. 21 du présent mémoire.

En dehors des données statistiques qui prouveraient ou infirmeraient l'idée que la grossesse favorise les localisations articulaires de la blennorragie, on peut se demander si elle favorise les autres affections articulaires, et il convient de rappeler une étude présentée par P. S. HENCH, au *Staff Meeting de la clinique MAYO* (séance du 16 mars 1938) concernant le rhumatisme chronique déformant et l'hydarthrose intermittente dans leurs rapports avec la grossesse. Se fondant sur des faits signalés par Moore, en 1864, par Verneuil, en 1878, et par d'autres auteurs depuis se fondant sur 37 grossesses ayant évolué chez 22 femmes atteintes de cette affection, HENCH conclut que l'état de grossesse enrayer momentanément l'évolution du rhumatisme déformant pendant la fin de la grossesse et pendant les mois qui suivent. Bien que

l'arthrite gonococcique soit une affaire et que le rhumatisme déformant en soit une autre, on peut, à titre provisoire, retenir que la grossesse n'est pas particulièrement nocive pour les tissus articulaires.

*
**

L'arthrite gonococcique peut se manifester au cours d'une gonococcie connue, mais, fréquemment, elle est le signe révélateur d'une blennorrhagie latente, jusque là méconnue. En effet, sur 13 observations où le renseignement est fourni, on ne trouve que dans deux cas (Observations X et XX), des antécédents nets de gonococcie, soit dans 15 % des cas. Cependant, dans 7 observations, on note des antécédents de leucorrhée banale ayant apparu plus ou moins longtemps avant la gestation (54 %) ou pendant la gestation. Enfin, 4 fois, il n'y avait aucune perte vaginale avant l'accident articulaire (31 %).

Les arthrites gonococciques se voient aussi bien pendant la grossesse que dans le post-partum ou le post-abortionum (nous avons noté un cas survenant après une tentative d'avortement, obs. XVIII). Dans notre relevé, elles sont plus fréquentes après accouchement. Sur 22 cas, nous relevons, en effet, 4 cas après un avortement ou une tentative d'avortement (soit 18 %) et 11 cas après l'accouchement (soit 50 %); au contraire, pendant la grossesse, nous n'avons trouvé que 7 cas (soit 32 %).

Cependant, une réserve s'impose : alors que les arthrites du post-partum sont toujours vues dans les services d'accouchement, il peut arriver qu'une femme enceinte, présentant des douleurs articulaires, consulte dans un service de médecine et y soit soignée.

*
**

La date d'apparition de l'arthrite au cours de la grossesse est variable. Alors que, dans l'observation IV, elle apparaît dès le deuxième mois, dans un autre cas, elle se manifeste au septième mois (Ob. XX) ou, même, plus

tard à la fin de la grossesse (Obs. III et VII). Mais c'est surtout dans le post-partum ou le post-abortion qu'il est intéressant de préciser la date de début. En général, elle est assez précoce. Sur 15 cas, elle survient 13 fois du deuxième au quinzième jour (88 %) et, seulement, 2 fois plus tardivement; un mois après l'accouchement (XI) ou, même, deux mois (X).

En somme, le plus grand nombre de cas apparaissent du deuxième au quinzième jour du post-partum et, plus spécialement, du quatrième au huitième jour. Ceci s'apparente, peut-être, à la notion si importante qui a été formulée, il y a bien longtemps, par BUMM, à savoir que les gonocoques pullulent dans les lochies du deuxième au cinquième jour, la présence de sang, dans ces lochies des premiers jours, favorisant la pullulation microbienne : c'est BUMM, on le sait, qui a montré combien le sang et le sérum des humains est le milieu de culture électif du gonocoque.

*
**

Quant à la localisation de l'arthrite, sur les 23 cas que nous avons réunis, on trouve : 7 fois l'atteinte du genou (30 %), 5 fois celle du poignet (23 %), 4 fois celle de la hanche (19 %), 2 fois celle du coude (8 %), 2 fois celle de l'épaule (8 %), 2 fois celle de la tibio-tarsienne (8 %), 1 fois une atteinte polyarticulaire (4 %). Mais il faut tenir compte, en outre, de la fréquence des polyarthralgies transitoires avant la localisation définitive de l'arthrite.

Nous voyons donc que les localisations sont celles de l'arthrite gonococcique en dehors de la puerpéralité, sauf en ce qui concerne la coxite qui semble plus fréquente. Est-ce parce que son diagnostic, parfois difficile, a retenu l'attention des observateurs? Ou est-ce parce qu'il faut invoquer les rapports de voisinage de l'articulation de la hanche et des organes génitaux, siège de l'infection primitive?

La durée de cette arthrite n'est pas mentionnée par la plupart des observations. Cependant, en se fondant sur les 10 observations où elle est notée, on constate qu'elle est très variable, depuis une semaine dans l'observation XVIII, jusqu'à deux ou trois mois ou, même, davantage dans les cas XIII et XXII. En moyenne, on peut parler de trois semaines.

*
**

Quant aux formes anatomo-cliniques de cette arthrite, elles ont été multiples dans ces diverses observations. On peut dire que toutes les formes décrites par les classiques ont été vues. Cependant, un fait frappe d'emblée l'attention : c'est la fréquence des formes suppurées : sur 23 observations relevées et sur 16 cas où la ponction a été pratiquée, le liquide retiré a été purulent 6 fois, soit 26 % des cas. Ce chiffre est légèrement supérieur au pourcentage qui a été donné par divers auteurs, soit 20 %. Mais cette supériorité reste assez légère et, peut-être, n'est pas d'une importance suffisante pour permettre une conclusion valable.

Pour être complet, en ce qui concerne les formes anatomo-cliniques, il nous faut signaler les formes péri-articulaires. Dans cet ordre d'idées, Schebat a rapporté deux cas d'abcès péri-articulaires du coude à gonocoques sans atteinte articulaire, évoluant chez des femmes présentant, par ailleurs, des collections purulentes sous-cutanées à gonocoque dans le post-partum ou le post-abortion¹.

On a voulu faire rentrer, dans le cadre des arthrites gonococciques, certains relâchements douloureux des symphyses du bassin. On sait que cette affection est, en

1. *Schebat* : Abcès sous-cutanés multiples à gonocoques au cours de septicopyoémies du post-partum et du post-abortion. *B. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1936, p. 127.

général, liée à la décalcification. Il est possible que, dans certains cas, cette décalcification ait pu favoriser la localisation gonococcique. Mais, dans nos recherches bibliographiques, nous n'avons pas trouvé de cas où la preuve d'une lésion symphysaire gonococcique ait été fournie.

Nous ne croyons pas, non plus, que la douleur bilatérale du milieu du pied, qui s'observe chez beaucoup de femmes lorsqu'elles se relèvent, puisse être attribuée au gonocoque. Cependant, dans de tels cas, il pourrait être prudent, parfois, de penser à la gonococcie et de mettre tous moyens en œuvre pour rechercher si elle est ou non en cause.

*
**

Les suites de ces arthrites ne sont, quelquefois, pas défavorables, comme dans le cas que nous rapportons, ou dans les observations VII et IX. Mais si, dans beaucoup d'observations, les suites ne sont pas notées, on note, dans les cas XIII et XIV, une amyotrophie importante; dans les cas IV et XI, l'ankylose de l'articulation atteinte, ne cédant que peu aux procédés physiothérapiques. Enfin, dans l'observation XXII, Mondor signale une « destruction presque complète de la tête, une ascension trochantérienne de 3 à 4 centimètres. Ainsi, sur ces 8 cas, 5 fois les séquelles ont été graves au point de vue fonctionnel (soit dans 72 % des cas).

Naturellement, nous n'envisageons pas, dans ce paragraphe consacré aux complications, les complications qui résultent des autres localisations de la gonococcie; elles sont, cependant, parfois beaucoup plus graves que l'arthrite gonococcique elle-même comme, par exemple, dans le cas de Doléris.

*
**

Etant donné le grand nombre de cas de gonococcies latentes, d'une part, la diversité des formes cliniques de la localisation articulaire, d'autre part, on ne peut avoir

de preuve clinique absolue de sa nature. Certes, une arthrite qui débute brusquement pendant la grossesse ou les jours qui suivent l'accouchement, doit faire penser à la gonococcie. Il n'en est pas moins vrai qu'il faut utiliser toutes les ressources de laboratoire pour administrer la preuve de la nature gonococcique, d'autant mieux que, dans les suites de couches, les arthrites streptococciques sont fréquentes.

I. — C'est évidemment, la constatation du gonocoque dans l'épanchement articulaire qui présente le maximum de valeur. Il est signalé dans un assez grand nombre de cas. Sur 9 cas où les examens ont été pratiqués une ou plusieurs fois, l'examen fut toujours négatif dans trois cas, tandis que, dans six (soit dans 66 %), on put mettre en évidence le diplocoque de Neisser. C'est ainsi que Dujol, dans la treizième observation de sa thèse, constate la présence de ce germe dans le liquide articulaire, tandis que, dans sa seizième observation, il n'en retrouve pas.

Comme le dit Mondor, « il faut surtout savoir persévérer dans la recherche. Jundell examine le liquide du genou d'une malade un mois après le début de l'arthrite : il n'y découvre rien; il fait un deuxième examen huit jours plus tard : l'examen direct, la culture, l'inoculation, tout révèle le gonocoque ». De même, dans l'observation III, Bar ne rencontre que quelques cocci ressemblant au gonocoque de Neisser, tandis que, dans son autre cas, il rencontre des gonocoques indéniables, les uns intra, les autres extracellulaires.

II. — Le gonocoque a été recherché par examen direct ou par culture, dans le pus urétral, bartholinien ou cervico-vaginal pendant la grossesse; on le découvre rarement du fait de l'action exercée par le bacille de Döderlein; mais on le trouve plus communément dans les lochies, dans des prélèvements faits après accouchement, au niveau du col, ou même dans des prélèvements intra-

utérins pratiqués au moyen de speculums spéciaux. Sur 17 observations, dans 5 cas (soit 30 %), on n'a pas décelé le gonocoque, tandis que, dans douze observations (soit 70 %), des examens répétés l'ont mis en évidence.

Il est à noter que, dans deux cas (III et IV), le gonocoque n'a pas été retrouvé dans les sécrétions vaginales, mais l'a été par raclage de la muqueuse uréthrale. La défaillance du laboratoire, dans certains cas où le germe a été retrouvé dans l'articulation et n'a pas été trouvé dans les lochies, s'explique peut-être par le fait suivant : il y a beaucoup de gonocoques, du deuxième au septième jour après l'accouchement, chez toutes les femmes qui ont effectivement une infection blennorragique; mais cette pullulation est passagère, et un certain nombre d'examens ont été négatifs, peut-être parce qu'ils ont été faits trop tard. En tout cas, « la recherche du gonocoque, à sa source, est un devoir pressant, sa découverte... pourra être difficile ». (H. Mondor.)

Cependant, comme le dit le Professeur agrégé Vignes, « si une femme est sûrement porteuse de gonocoques, il n'est pas sûr pour cela que les accidents des suites de couches soient gonococciques », dans l'espèce, les accidents articulaires.

Pour ces examens de lochies ou de pus génital, nous avons parlé d'examen direct et de cultures. Contrairement à ce qu'on avait pu croire, les études de ces dernières années ont montré que l'examen direct est aussi fidèle que la culture.

III. — La signature du gonocoque peut se trouver dans la recherche du microbe au niveau du rectum, très souvent contaminé, chez la femme, lors de la défécation qui « exprime » les sécrétions vaginales. Bickel et Abraham, en utilisant la méthode de Glingar (examen microscopique après centrifugation du culot d'un petit lavement), ont

décelé le gonocoque chez 20 % des femmes atteintes de blennorragie génitale¹.

IV. — L'hémoculture s'est révélée positive dans l'observation XVIII. Il est de bonne guerre de la pratiquer, les auteurs modernes admettant une phrase de bactériémie transitoire et l'infection se faisant par décharges successives. C'est surtout dans les formes graves, fébriles qu'elle se montre positive. Mondor a insisté sur la nécessité de répéter cet examen en faisant le prélèvement lors des acmé de la température, en prélevant une quantité suffisante de sang et en mettant à l'étuve aussitôt, étant donnée la fragilité du microbe de Neisser.

V. — Une autre épreuve biologique, la gono-réaction, fondée sur la déviation du complément, peut aider au diagnostic; mais, dit Mondor, « ses réponses négatives ne sont pas sans appel ».

VI. — Enfin, dans sa thèse, qui est un monument de travail consciencieux, Dujol avait formulé les éléments d'un vaccino-diagnostic. Quand on injecte du vaccin gonococcique à un sujet atteint de cette affection, on détermine trois réactions : une réaction générale (fièvre, etc...), une réaction focale (douleur au niveau du foyer infectieux), une réaction locale, base de la cutiréaction. La réaction focale est, malheureusement, inconstante. Quant à la réaction locale, elle donne très schématiquement les réponses suivantes : chez une femme saine, la cuti est négative; dans le cas de blennorragie localisée, bénigne ou, au contraire, d'une forme grave, généralisée, anergisante, elle est également négative; enfin, dans les formes aiguës, elle est positive.

1. Bickel et Abraham : Fréquence et signification de la blennorragie rectale chez la femme. *Zentralb. für Gynak*, 23 janv. 1932, t. 56.

En dehors de ces divers procédés de laboratoire, destinés à mettre la blennorragie en évidence, deux enquêtes cliniques peuvent aider au diagnostic étiologique : c'est la recherche de l'infection du mari ou de l'enfant.

En ce qui concerne la blennorragie maritale, elle a été notée dans quatre observations. Dans un cas, le mari présentait une épидидymite en évolution lors de l'arthrite maternelle.

Mais c'est, peut-être, la constatation d'une lésion gonococcique de l'enfant qui est la plus aisée et la plus indubitable : nous n'avons pas trouvé, dans nos observations, mention de vulvo-vaginite infantile; par contre, si, dans les observations IV et XIII, l'enfant est noté comme étant indemne de gonococcie, on relève deux cas d'ophtalmie (V et VI). En somme, sur quatre observations où le renseignement est fourni, deux révèlent la présence de lésion oculaire; ce pourcentage de 50 % oblige à faire deux remarques; d'une part, le petit nombre de cas sur lequel il porte; d'autre part, la diminution considérable de la fréquence de l'ophtalmie du nouveau-né grâce aux soins prophylactiques.

*
**

En somme, le diagnostic étiologique d'une arthrite au cours de l'état puerpéral, est souvent délicat et nécessite la mise en œuvre de tous les procédés de laboratoire : recherche du germe dans le liquide articulaire, dans les sécrétions vaginales et dans le sang, gono-réaction, cuti-réaction. De même, nous soulignons l'intérêt de la recherche de la blennorragie du nouveau-né ou du procréateur. Malgré tout, la conclusion est souvent difficile et, pourtant, elle comporte une grosse importance au point de vue évolutif et thérapeutique.

Certes, Delmas et Roger ont dit que les arthrites de la grossesse étaient gonococciques et que les arthrites des suites de couches étaient streptococciques. Mais, pour

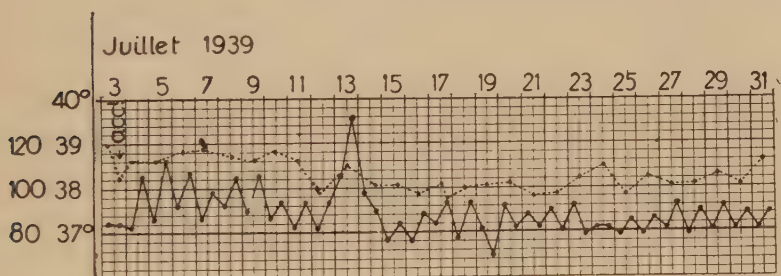
Mondor, cette distinction est infiniment trop schématique. En pratique, le diagnostic est parfois bien difficile et, dans une observation de M. Lacomme et R. Couvelaire (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, du 1^{er} février 1935, p. 80), l'allure clinique d'une ostéo-arthrite subaiguë à pyogènes avait donné, un moment, l'impression d'une arthrite gonococcique.

COXITES GONOCOCCIQUES

Le problème posé par les arthrites coxo-fémorales est encore plus intéressant, en raison des difficultés qu'il y a à les différencier de la phlébite, affection à l'obsession de laquelle l'accoucheur ne peut se soustraire et à laquelle il pense systématiquement lorsqu'une malade se plaint d'impotence fonctionnelle douloureuse du membre inférieur après un accouchement.

Etant donné que c'est le point particulier sur lequel ont porté nos études, nous allons, d'abord, reproduire les observations que nous avons réunies :

Première observation de coxite (Observation XXIII de notre relevé général) : c'est l'observation personnelle qui a été le point de départ de ce travail.



Mme B... R... (Obs. IV de 1939), 30 ans, entre dans le service le 3 juillet 1939, au terme de sa première grossesse. Elle n'a aucun antécédent, en particulier, elle n'a jamais eu de pertes blanches. L'accouchement se termine le 3 juillet 1939; il a été long, il a duré 24 heures; il a fallu pratiquer une application de forceps en O.I.G.T., qui a été laborieuse. L'enfant pèse 3.030 gr. et le placenta 630 gr. Il y a une déchirure périnéale importante, et, lorsque tout

semble fini, il faut encore lutter contre les phénomènes de choc. Or, le 4 juillet, 36 heures après l'accouchement, la malade signale une impotence fonctionnelle de la hanche droite, avec douleur dans la fosse iliaque droite. Puis, le lendemain, la douleur s'étend à la racine de la cuisse droite. La cuisse est dans son attitude normale. Il est impossible d'obtenir des mouvements actifs de l'articulation coxo-fémorale et d'exécuter des mouvements passifs. Il n'y a pas de gonflement, pas d'empâtement. Le toucher rectal est un peu douloureux dans la région correspondant à l'articulation coxo-fémorale. La température locale est égale aux deux membres inférieurs. On porte le diagnostic de coxite et... on s'attend au pire.

Le 8 juillet, sixième jour après l'accouchement, un prélèvement de lochies montre du gonocoque. L'état n'est pas aggravé.

Le 10 juillet, l'articulation est redevenue mobile, sauf pour la flexion qui est limitée.

L'amélioration continue, la malade se lève et marche sans difficulté, le 28 juillet, et elle quitte le service le 1^{er} août.

A noter que la sœur de la malade aurait fait, après un accouchement normal terminant une grossesse normale, une sorte d'arthrite semblable, guérie en quelques jours; on avait pensé à une phlébite et on avait mis une gouttière, que l'on enleva dès le lendemain.

Deuxième observation de coxite (Obs. XXII de notre relevé général).

M^{me} B... entre à Beaujon, le 7 janvier 1927, salle Vulpian (service de M. le Dr Souligoux), pour des douleurs abdominales avec température à 39°.

Le 21 septembre 1926, la malade a fait une fausse couche de trois semaines.

Le 22 septembre, on lui a fait, chez elle, un curettage.

Le lendemain, 23 septembre, pour changer de lit, elle

pose le pied à terre et ressent tout à coup une douleur dans le genou et la hanche gauches.

Vingt-quatre heures après, la température est à 39°; on ne trouve rien d'anormal du côté de l'utérus, et, comme la jambe est douloureuse et un peu enflée, on dit « phlébite » et on immobilise immédiatement le membre inférieur gauche dans une gouttière. La souffrance n'en fut pas calmée; elle persistait, au contraire, dans la cuisse, le genou, le pied; l'enflure portait surtout à la face antérieure de la racine de la cuisse. La température persistait élevée, et il semble qu'on ait pensé à une septicémie, pour laquelle on aurait fait un abcès de fixation, de la septicémie intraveineuse et du sulfarsénol intraveineux. L'immobilisation fut continuée ainsi pendant 48 heures, jusque vers le 15 novembre.

La malade se rappelle fort bien que, vers le vingtième jour, elle ressentit une douleur violente dans la partie haute de la cuisse (elle indique, actuellement, la région de son grand trochanter), et, dit-elle, « la souffrance tournait en arrière », vers la fosse iliaque externe. Cette douleur s'exacerbait par crises, n'a jamais complètement cessé, et, maintenant que le syndrome abdominal aigu pour lequel elle entra à l'hôpital et qui ne dura que 48 heures s'est atténué, c'est sur cette douleur articulaire que la malade pense à attirer l'attention.

Au bout de 48 jours d'immobilisation, on enlève la gouttière et on commence les massages et les douches d'air chaud; l'articulation de la hanche, celle du genou, sont raides; les essais de marche sont très pénibles et les douleurs persistent; on parle de rhumatisme, qu'on tente de calmer en cinq ou six jours de traitement salicylé.

Au début de décembre, une congestion pulmonaire dut faire interrompre les massages de la jambe. On les reprit vers le 20 décembre, et le genou commençait à plier, la malade allait essayer de marcher, quand elle fut prise, brusquement, de coliques abdominales, avec réélévation

de la température, ce qui l'amena d'urgence à Beaujon.

Le raccourcissement de la jambe, qui avait été constaté un jour que la malade s'était mise debout, n'avait inquiété personne, le médecin ayant promis que tout rentrerait dans l'ordre avec la marche.

Actuellement, à l'examen, 16 janvier 1927 : la cuisse est élargie, épaissie, non douloureuse à la palpation des masses musculaires; cet épaississement ne dépasse pas le genou; la peau est de coloration normale; on ne sent pas de cordon veineux le long de la saphène interne; pas de ganglions inguinaux. Toute la partie inférieure du fémur semble épaissie par rapport au côté droit. On ne constate, nulle part, de point douloureux osseux. Le grand trochanter est remonté, la mensuration révèle un raccourcissement de la cuisse de trois centimètres environ. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont à peu près nuls et douloureux. Au genou : extension complète, flexion de 30°, pas de mouvements de latéralité. Examen des organes génitaux et urinaires; le toucher vaginal n'a rien révélé d'anormal. La malade n'accuse pas de pertes blanches abondantes, sauf un peu de leucorrhée les jours qui précèdent les règles. Pas de phénomène de cystite. Jamais de douleurs abdominales. A eu deux enfants dans de bonnes conditions et bien portants.

Au premier examen bactériologique des sécrétions vaginales, la découverte de gonocoques a été faite. Un deuxième examen de vérification a montré des gonocoques abondants.

L'examen de la radiographie nous a montré un élargissement considérable de la cavité acétibulaire; une destruction presque complète de la tête, une ascension trochanterienne de trois à quatre centimètres.

Il s'agissait donc, encore une fois, d'une luxation pathologique de la hanche par arthrite aiguë, sans doute gonococcique; et, comme les choses se passent si souvent, le diagnostic porté avait été celui de phlébite.

Troisième observation de coxite (Obs. XVI de notre relevé général), qui est ainsi résumée par H. Mondor :

« Je possède la radiographie, que je dois à M. Robert Ducroquet, d'une hanche de femme couchée, six mois, pour ce qu'elle crut une phlébite puerpérale. C'était une coxite blennorragique, dont les séquelles furent graves. Pendant le même temps, le mari avait une épididymite, et la petite fille une ophtalmie compliquée d'arthrite temporo-maxillaire. »

Quatrième observation de coxite (Obs. V de notre relevé général), qui est ainsi résumée par Fruhinsholz¹ :

« Primipare, accouchée à terme normalement. Le cinquième jour de ses couches, température 105° Fahrenheit (soit plus de 40°). Arthrite aiguë des deux hanches. L'enfant est atteint d'ophtalmie avec gonocoques typiques. Le père avoua une blennorragie quelque temps avant son mariage, celui-ci ne remontant qu'à trois mois au moment de l'accouchement. »

*
**

Au cours de la grossesse ou des suites de couches, la coxique blennorragique peut donc se présenter sous deux formes : soit une forme bénigne, telle celle présentée par la malade, dont l'observation est le point de départ de notre thèse; soit sous une forme grave, telle celle relatée dans la belle observation qui a servi à M. le Professeur Mondor pour dénoncer les méfaits des coxites gonococciques méconnues.

Nous fondant sur ces diverses observations, et principalement sur les deux premières, quels symptômes pouvons-nous décrire dans la coxite?

1. *Fruhinsholz* : De la blennorragie dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité. Thèse Nancy, 1902, p. 138, Obs. 79.

Le premier symptôme en date est la *douleur* au niveau de la hanche, qui détermine de l'*impotence fonctionnelle*.

La *fièvre* est d'importance variable : dans les deux premiers cas, elle est précoce; mais tandis que, dans notre observation, elle apparaît aussitôt et reste modérée aux environs de 38° , pendant une douzaine de jours — ne s'élevant qu'une seule fois, dans la soirée du dixième jour, à $39^{\circ}6$, — au contraire, dans l'observation de Mondor, elle apparaît seulement le lendemain et s'élève rapidement à 39° .

A l'examen on note, dans ces deux cas, une *limitation complète des mouvements* de l'articulation coxo-fémorale. Cette limitation persiste au bout de deux mois dans l'observation de Mondor. Dans notre observation, elle ne persiste que huit jours, sauf en ce qui concerne la flexion qui reste limitée plus longtemps.

Autre signe local intéressant, mais difficile à interpréter dans notre observation, est la *douleur décelée, au toucher rectal, au niveau du fond du cotyle*.

Par contre, nous n'avons pas trouvé les autres signes locaux mentionnés dans l'observation de Mondor, c'est-à-dire l'*empâtement* et l'*élargissement* de la racine de la cuisse.

Enfin, dans ces cas, il n'existait ni ganglions inguinaux, ni douleur à la pression des masses musculaires, et ceci nous amène à envisager le *diagnostic différentiel avec la phlébite*. C'est, en effet, l'erreur qui semble avoir été, le plus souvent, commise, ainsi que cela s'était produit chez les malades faisant l'objet des observations XXI et XXII. Cependant, le fait de penser à la coxite permettrait, sans doute, fréquemment, de ne pas la méconnaître. Le début semble avoir été plus précoce dans les deux premiers cas de coxite qu'il n'est, habituellement, dans la phlébite, le premier cas survenant trente-six heures après l'accouchement, et le deuxième deux jours après un avortement. La douleur et, dans le deuxième cas, la tuméfaction et

l'empâtement, sont localisés à la partie supérieure de la cuisse, ou même à la fosse iliaque (dans notre observation, la tuméfaction faisant défaut). Au contraire, dans la phlébite, ces signès, et en particulier la douleur, s'étendent à tout le membre inférieur : creux poplité, mollet et région plantaire. Quant à la limitation des mouvements articulaires, si elle est absente ou, en tout cas, restreinte en cas de phlébite, elle est nette dans la coxite et vient attester la localisation du processus infectieux à l'articulation. D'autres signes différentiels importants peuvent être relevés : c'est, d'une part, l'hydarthrose du genou et les ganglions inguinaux retrouvés, habituellement, en cas de phlébite, absents dans le cas de coxites; c'est, d'autre part, la coloration des téguments, normale dans les coxites, blanchâtre, en général, dans les phlébites.

Nous voudrions, pour terminer cette étude comparative des signes de ces deux affections, revenir sur l'égalité des températures locales des deux cuisses dans la coxite : nous l'avons notée dans notre observation. Ce fait peut contribuer à éliminer la phlébite, qui détermine une augmentation de cette température décelable, soit à la palpation, soit, mieux, avec l'appareil de Saidman.

En dehors de la phlébite, les autres erreurs de diagnostic des coxites semblent moins fréquentes. Cependant, on peut méconnaître une coxite et croire à une de ces poly-névralgies, localisées au plexus lombaire et, quelquefois, au plexus sacré, décrites, pendant les suites de couches, Par Hauch, par Bonnaire et Rozenzwitt, et, pendant la grossesse, par Pouliot et H. Vignes¹, névralgies que H. Vignes² a montré être liées à la carence en vitamine B et curables par l'emploi de levure de bière fraîche.

1. Pouliot et Vignes : Sur un syndrome douloureux bénin au cours de la grossesse. *Revue pratique d'obstétrique et de gynécologie*, janvier 1912, p. 12.

2. Vignes : A propos des névralgies lombaires gravidiques. *Bull. de la Soc. d'Obstr. et de Gynécol.*, janvier 1934, N° 1, p. 37.

Le diagnostic, enfin, peut se poser avec certaines paratritites, compliquées de cellulite soit fessière, soit inguinale.

Ainsi que l'a dit M. le Professeur Mondor¹, « la confusion de ces arthrites avec des phlébites, des sciaticques ou des arthrites à streptocoques, est aussi fréquente que regrettable ». Il est une... « erreur qu'il faut poursuivre énergiquement : celle de dire toujours phlébite quand survient, chez une femme, un élargissement douloureux de la racine du membre inférieur ».

Au terme de cette étude, nous rappellerons cette opinion de König, rapportée par Mondor : « La coxite blennorrhagique est une entité pathologique très particulière, qui est plus fréquente qu'on ne le croit et qui est souvent mal traitée. » Nous croyons pouvoir étendre cette opinion relative aux coxites gonococciques en général, à celles qui surviennent au cours de la puerpéralité.

CONCLUSION

Il est difficile de dire si la grossesse et le post-partum favorisent l'éclosion des arthrites gonococciques.

L'apparition des arthrites se fait surtout dans le post-partum du deuxième au quinzième jour; l'évolution se fait en un temps variant de huit jours à deux mois; les séquelles sont fréquentes. Enfin nous avons noté la particulière fréquence des formes suppurées.

Etant donné que très souvent il s'agit de blennorragies extrêmement latentes, il faut s'entourer de toutes les précautions pour affirmer le diagnostic étiologique. Même avec des signes indubitables de gonococcie dans l'organisme, il n'est pas démontré qu'une arthrite soit réellement gonococcique, à moins qu'on n'ait constaté la présence de gonocoque dans l'articulation.

La forme localisée à l'articulation coxo-fémorale est très latente et risque souvent d'être méconnue. Son évolution peut être extrêmement grave comme dans le cas de M. le Professeur Mondor, ou, au contraire, bénigne comme dans le cas que nous avons observé dans le service de notre Maître M. le Professeur agrégé Vignes.

Vu le Doyen :

TIFFENEAU.

Vu le Président de thèse :

LAIGNEL-LAVASTINE

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur de l'Académie de Paris :

G. ROUSSY.

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Spécialité de Médecine)

Par

M. L. L.

(Médecin)

à Paris

le 15 Mars 1880

et

à la Faculté

de Médecine de Paris

IMPRIMERIE ANONYME NORMANT

A PARIS

11, rue Montmartre, 11

1880